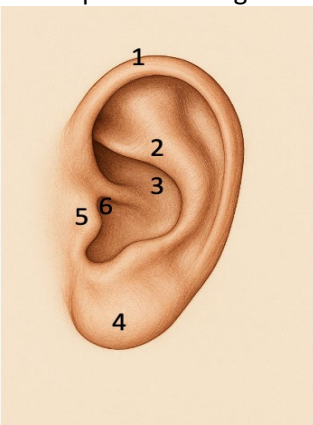
CHAPITRE 17 : OREILLES, NEZ, GORGE

OTOLOGIE

ANATOMIE

Oreille externe

- Pavillon + **conduit auditif externe** (CAE).
- Pavillon : partie visible de l'oreille, partie cartilagineuse (hélix, anthélix, conque, tragus) et lobe non cartilagineux.
- CAE : partie cartilagineuse externe et partie interne osseuse (os tympanal).

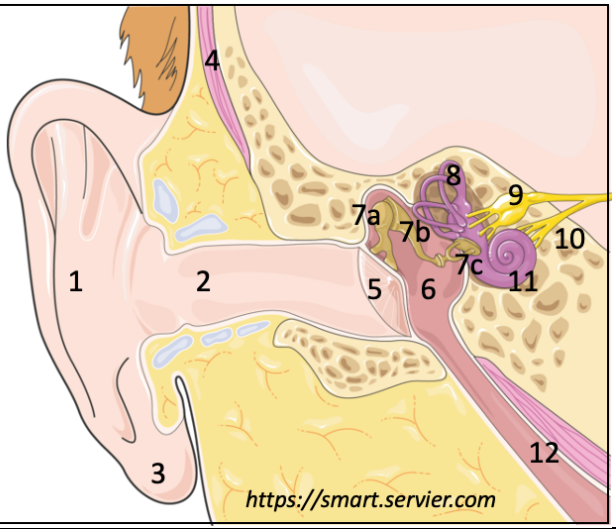


1. Hélix
2. Anthélix
3. Conque
4. Lobe
5. Tragus
6. Orifice du conduit auditif externe

Oreille moyenne

- Cavité aérique limitée par membrane tympanique et située à l'intérieur de l'os.
- Caisse de résonance, transmet les vibrations de la membrane par les **osselets** jusqu'à la **fenêtre ovale de la cochlée** (transmission via les osselets = effet columellaire).
- 3 osselets de l'ext vers int : malleus (marteau), manche fixé au tympan et partie libre dans la partie sup de la caisse du tympan, appelée attique/incus (enclume)/stapes (étrier), repose sur la fenêtre ovale via la platine (membrane).
- Trompe d'Eustache : communication de l'oreille moyenne et du rhinopharynx : permet l'équilibre de pression entre l'extérieur et l'oreille moyenne et l'évacuation des sécrétions de l'oreille moyenne/S'ouvre involontairement lors de la déglutition ou volontairement (ex : valsalva).

1. Pavillon de l'oreille
2. Conduit auditif externe
3. Lobe de l'oreille
4. Muscle temporal
5. Tympan
6. Cavité tympanique
7. Osselets :
   - 7a Marteau
   - 7b Enclume
   - 7c Étrier
8. Canal semi-circulaire
9. Nerf vestibulaire
10. Nerf cochléaire
11. Cochlée
12. Trompe d'Eustache



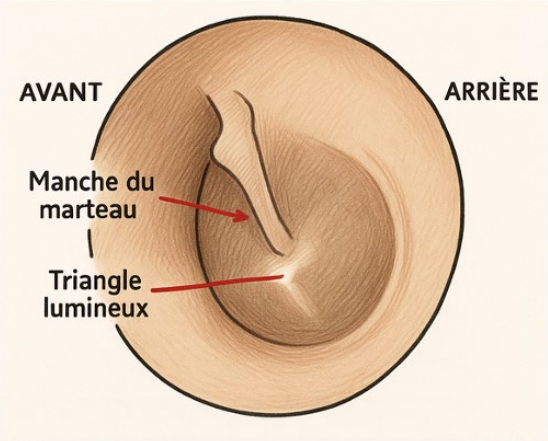
Oreille interne

- Composé des organes de perception de l'audition (**cochlée et + précisément organe de Corti**) et de l'équilibre (appareil vestibulaire) (sdd130)
- Ensemble situé dans un système de cavités appelé **labyrinthe osseux**, dans l'os pétreux (rocher), partie interne de l'os temporal. Rempli de liquide (**endolymphe**).
- Endolymphe transmet la vibration de la fenêtre ovale captée par les ~~cellules~~ ciliées de la **cochlée.** Endolymphe également essentielle la détection des mouvements par les cellules ciliées du système vestibulaire. Puis transmission par le **nerf cochléo-vestibulaire** (VIII).

ENTRETIEN

Otalgies (sdd 153)

- CAE et tympan richement innervés. Donc trauma ou inflammation peuvent déclencher une douleur, parfois intense ++, appelée otalgie.
- Existe aussi des otalgies réflexes, surviennent par projection d'une atteinte proche (ex : articulation temporo-mandibulaire) ou profonde au niveau pharyngé cervical via le X (ex : atteinte amygdale ou thyroïde).

	Éruptions cutanées (sdd 37, 93)	- Rechercher les ATCD d'éruption du pavillon ou du CAE. - Préciser si le lobe était atteint ou sain. - Éruption érythémato vésiculeuse de la conque (**zone de Ramsay-Hunt**)→ Zona du ganglion géniculé (nerf facial). Si associé à PF→ syndrome de Ramsay-Hunt.
	Otorrhée (sdd 154)	- Écoulement de liquide par l'oreille, préciser l'aspect : purulent, sanglant (**otorragie**), clair, séreux. - Ce terme ne permet pas de distinguer l'origine entre oreille externe et moyenne (à travers une perforation tympanique).
	Acouphène	- Sensations auditives ne résultant pas d'une stimulation par un son/vibration. - Groupe très hétérogène : bourdonnements, sifflements, continus, battants, aigus, graves, intermittents, permanents, uni ou bilatéraux, ressentis comme intracrâniens ou intra-auriculaires.
	Hypoacousie (sdd 140)	= Baisse de l'audition = perte d'acuité auditive = surdités. - Cophose = surdité complète (absence totale de perception des sons uni ou bilat) - En langage courant « surdité » fait référence à une hypoacousie totale→ source de confusion avec le patient. - Plainte fréquente, préciser : ATCD familiaux, ancienneté, circonstances de survenue, apparition brutale ou progressive, uni ou bilat, difficultés à suivre une conversation dans le bruit, port ou non d'appareil auditif. - Oriente sur l'étiologie de la surdité ex : • Surdité après trauma du rocher, exposition à un bruit de forte intensité ou une plongée suivie d'otalgie→ lésion tympanique. • Hypoacousie bilat, symétrique, aggravé en ambiance bruyante, à >50 ans → hypoacousie de perception liée à l'âge (presbyacousie).
EXAMEN PHYSIQUE	Examen des structures ext de l'oreille, de l'otoscopie et de l'examen de l'audition par acoumétrie.	
	Structures externes	- Rechercher **éruption cutanée**, écoulement. - Si suspicion de mastoïdite rechercher **douleur à la palpation du relief de la mastoïde**, en arrière du pavillon, un décollement inflammatoire du pavillon, un comblement du sillon rétro-auriculaire.
	Otoscopie	- Visualisation du CAE et du tympan. **1 - Méthode d'examen** • Tenir l'otoscope comme un stylo (manche horizontal) ou un marteau (manche vers le bas), stabiliser la main, un doigt sur le patient pour accompagner ses mouvements et éviter de le blesser. • Main controlatérale tire le pavillon vers soi et en arrière pour redresser et dégager le CAE. • Avancée progressive dans le CAE en le dirigeant vers l'avant et légèrement vers le bas, éviter les mouvements de tête... • La courbure et le calibre du CAE sont variables, parfois le tympan est visible dès l'introduction parfois il est impossible à voir correctement. **2 - Inspection du CAE et du tympan** • Rechercher cérumen, corps étranger (sdd142), écoulement, éruption cutanée érythémateuse. • L'examen du tympan N, brillant et grisâtre identifie la *pars flaccida* (partie sup et ant), la *pars tensa* (orientation radiaire des fibres du tympan autour du point central déclive avec un **triangle lumineux** antéro-inf), le relief du manche du marteau (vertical), attaché à la face interne du tympan.  • Tympan bombant et jaunâtre avec disparitions des reliefs et du triangle lumineux → otite moyenne aiguë. • Tympan rouge vif (inflammatoire) moins spécifique et peu sensible.

	Examen de l'audition (sdd 140, 184)	- Examen de débrouillage au frottement des doigts. - Si hypoacousie suspectée : quantifier la perte par audiogramme, localiser l'origine de la perte d'audition. • Surdité de transmission (ou de conduction) par obstruction du CAE ou atteinte de l'oreille moyenne/tympan. • Surdité de perception (neurosensorielle) : consécutive à atteinte de l'oreille interne (cochlée) ou du nerf cochléovestibulaire. - Toujours réaliser un examen otoscopique avant tout autre pour éliminer cause simple comme bouchon de cérumen. **1 - Tester l'acuité auditive** - N frottement des doigts entendu à 10 cm du méat auditif ext. Permet de comparer l'acuité des 2 oreilles. - N voix chuchotée entendue à 60 cm. Se placer derrière le patient, distance d'un bras tendu, chuchoter 2,3 mots et les faire répéter. Examiner chaque oreille séparément en bouchant l'autre. **2 - Acoumétrie : distinguer surdité de transmission/de perception avec un diapason**. - Acoumétrie = examen au diapason. Partie de l'examen physique. Permet de déterminer le mécanisme de l'hypoacousie (transmission ou perception ou mixte). - Diapason de 512 Hz (basse fréquence conversationnelle). - Fréquence conversationnelle entre 500 et 2000 Hz. - Tenir le diapason par le pied et le mettre en vibration, en apposer la pointe sur un relief osseux→ vibrations transmises jusqu'à la cochlée qui les convertit en son. - À l'état N son conduit par voie aérienne (amplification de 30 dB par le pavillon), + efficace que condition osseuse. - Si oreille N conduction aérienne mieux perçue que conduction osseuse. • **Test de Rinne**→ compare la conduction osseuse à l'aérienne pour une même oreille, une oreille à la fois. - Diapason sur la mastoïde derrière l'oreille→ perception sonore, puis patient signale sa disparition, on éloigne le diapason à 10 cm du méat auditif→ le patient entend à nouveau et signale quand il disparait→ déplacer le diapason à 10 cm de sa propre oreille pour comparer. - Test + → appareil transmissionnel N (oreille ext et moyenne)/Test - → surdité de transmission. - Interprétation : ○ **N** : patient réentend le son par voie aérienne (transmission A> transmission Os)→ test +. ○ **Surdité de transmission** : patient entend de façon égale ou sup par voie osseuse→ test – ou aboli. ○ **Surdité de perception** : patient entend mieux par voie aérienne, mais de manière diminuée par rapport à l'examinateur. • **Test de Weber :** pointe du diapason sur le front, équidistance des 2 oreilles. Intensité acoustique identique entre les 2 oreilles. Évalue uniquement les oreilles internes. Interprétation : • **N** : son perçu de manière centrale ou = des 2 côtés. • **Surdité de transmission** : son entendu + nettement du côté atteint (car ↑ sensibilité de l'oreille interne compensatrice). • **Surdité de perception** : son entendu +nettement du côté sain. • **Surdité bilatéral et symétrique** : son au milieu si entendu. À interpréter conjointement avec un test de Rinne. Si Rinne – bilat et Weber central → surdité de transmission bilat et symétrique.

EXAMEN VESTIBULAIRE

- Atteinte vestibulaire → sensation de vertige (sdd 64, 130).
- Vertige : motif fréquent de consult, pas forcément d'origine vestibulaire, vérifier qu'il s'agit bien d'un vertige puis distinguer origine centrale et périphérique.
- Cf chapitre *Système nerveux*.

EXAMEN DU NEZ

ENTRETIEN

Olfaction

- Rechercher diminution de perception des odeurs, confusion entre odeurs, modification du ressenti d'une odeur (odeur agréable perçue comme désagréable ou inversement).
- Agueusie → plainte principale car saveur alimentaire dépendante de l'olfaction.
  - **Dysosmie** : altération de l'odorat.
  - **Cacosmie** : perception d'odeurs désagréables (non perçues par l'entourage).
  - **Hyposmie** : diminution de l'odorat.
  - **Anosmie** : perte complète d'odorat.

Obstruction nasale

- Conséquence d'un obstacle (écoulement nasal ++)/gêne à l'inspiration par le nez rapportée par le patient. Préciser uni ou bilatéral.

Rhinorrhée (sdd 155)

- Écoulement des fosses nasales, peut s'évacuer par les narines (rhinorrhée ant) ou le rhinopharynx (rhinorrhée post ou jetage post).
- Préciser : clair/purulent, croûtes, uni/bilatéral.

Épistaxis (sdd 60)

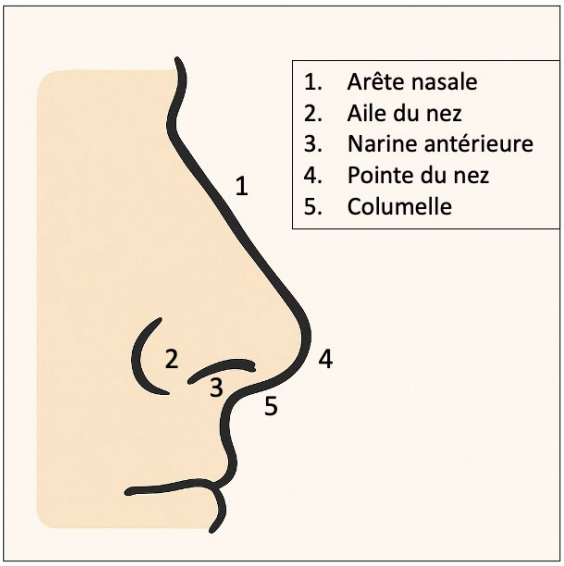
- Saignement provenant des fosses nasales, peut s'évacuer par les narines (épistaxis ant) ou par la gorge (épistaxis post).
- Préciser : uni/bilatéral, spontané/déclenché (trauma, mouchage, curage de nez…), fréquence et durée des épisodes (sdd59).

Ronflement (sdd 156)

- Signe fréquent. Souvent plainte de l'entourage.
- Rechercher signes évocateurs d'apnée du sommeil : caractère quotidien, très sonore, pauses respi durant le sommeil, somnolence diurne…

EXAMEN PHYSIQUE

Inspection du nez



Rechercher des déformations :
- De face : asymétrie, avec déviation de la cloison nasale.
- De profil : nez « creusé », déformé « en pied de marmite » ou « en selle » (ensellure nasale)
→ signe d'une destruction cartilagineuse du septum nasal (ex : chondrite).

Inspection de la cavité nasale

- Soulever la pointe du nez avec le pouce→ alignement narines et cavité nasale.
- Rechercher : perforation cloison nasale (éclairer une narine et rechercher de la lumière dans l'autre), polype ou corps étranger.
- Rhinoscopie antérieure (spéculum) : idem que pour otoscopie, bien stabiliser pour ne pas blesser le patient.
→ Décrire : aspect muqueuses, septum, cornets inf et moyens.

TUMÉFACTION CERVICALE (SDD 158)

EXAMEN PHYSIQUE

- Préciser : inflammatoire ou non, douloureux ou non, taille, consistance, mobilité par rapport aux plans profonds et à la peau, caractère pulsatile ou soufflant.
- Étiologies :
  - Adénopathie (fréquence ++).
  - Tuméfaction thyroïdienne (mobile à la déglutition).
  - Tuméfaction des glandes salivaires.
    - Parotides : Tuméfaction prétragienne juste en dessous de l'oreille, compléter l'examen par l'orifice du canal de Stenon (2nd molaires sup).
    - Sub-mandibulaires : Tuméfaction sous l'angle de la mandibule, compléter par l'orifice du canal de Wharton (base du frein de langue).
  - Autres lésions + rares ex : kystes ou tumeurs vasculaires.

DYSPHONIE (SDD 146)

- Préciser à l'entretien : ancienneté, permanent/intermittent, type de modification (voix grave, rauque, soufflée, fatiguée, serrée, peu intense), signes associés (dyspnée, dysphagie, perte de poids…), FDR de KC (tabac/alcool) (sdd303, 313, 314).
- Si dysphonie persistante (≈ 3sem pour dysphonie banale infectieuse) → consult ORL pour fibro.
- On distingue :
  - Dysphonie par lésion laryngée (ex : polype ou KC).
  - Dysphonie avec CV normales (ex : paralysie des CV).